

ANAMNESE YOGA PRIVATSTUNDE/YOGATHERAPIE IM YOGAZENTRUM BUXTEHUDE

Yogatherapeut: Sven Schneider, zertifiziert nach § 20 Abs. 1 SGB V
Anschrift: Westende 4, 21614 Buxtehude
E-Mail: mail@yogazentrum-buxtehude.de
Telefon: 0177/4208730

TeilnehmerIn: _____
Anschrift: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____

I. Motivation, Ziele, Erfahrungen

1. Mit welcher Motivation haben Sie sich für die Yoga Privatstunde/Yogatherapie entschieden?

Ihre Antwort: _____

2. Welches Ziel verfolgen Sie mit der Yoga Privatstunde/Yogatherapie?

Ihre Antwort: _____

3. Haben Sie schon praktische Erfahrungen mit Yoga gemacht?

Ihre Antwort: nein

ja

wenn ja, wie würden Sie diese beschreiben:

wenn ja, wie würden Sie sich im Yoga selbst einstufen:

| | |
|---|--------------------------|
| Neuling/AnfängerIn | <input type="checkbox"/> |
| WiedereinsteigerIn | <input type="checkbox"/> |
| erfahrenEr/fortgeschrittenEr AnfängerIn | <input type="checkbox"/> |
| FortgeschrittenEr | <input type="checkbox"/> |

4. Was wollen Sie in der Yoga Privatstunde/Yogatherapie lernen bzw. entwickeln?

Ihre Antwort: _____

5. Was darf während der Yoga Privatstunde/Yogatherapie auf gar keinen Fall passieren?

Ihre Antwort: _____

6. Bringen Sie eigenes Yogazubehör (wie Matte, Kissen & Decke) mit?

Ihre Antwort: nein

ja

wenn ja: eigene Yogamatte
eigenes Yogakissen
eigene Yogadecke

II. Gesundheit

| System/Organ | Beschwerden | ja | nein |
|--------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atmung Nase | Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gereizte Nasenschleimhäute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nasenscheidenwandverkrümmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Polypen in der Nase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Atmung Lunge | Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja: | | |
| | Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja: allergisches bronchiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Luftnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Kreislauf Herz Herzrhythmusstörungen | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | zu hoher/zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| | | ja | nein |
| allg. Erkrankungen | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Diabetes I | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Diabetes II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja: Haben Sie Insulin für den Notfall dabei? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Augen | zu hoher/ niedriger Augendruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | andere Probleme mit den Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja: Welche? _____ | | |

| | | | |
|-----------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Verdauung | Sodbrennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Magen-Darm Blähungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Verstopfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Entzündungen im Darm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Reizungen im Darm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Sonstige | Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sehstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ohrensausen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | tragen Sie ein Hörgerät | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja, welche und Dosis? _____ | | |

| | | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Physiologie | Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja: | | |
| | - Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Steißbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hohlrücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rundrücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arthrose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ischialgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistenprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliches Hüftgelenk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knieprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Künstliches Kniegelenk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Handgelenksprobleme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verspannungen in | | |
| - Nacken/Hals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schultern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - oberen Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - unteren Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mittleren Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Brustmuskeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Oberschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Waden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|-------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| Psychologie | psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja, welche? | _____ | |
| | Therapieerfahrung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja, wann und Diagnose? | _____ | |
| | Einnahme von Medikamenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | wenn ja, welche und Dosis? | _____ | |

III. sonstige Fragen

6. Tragen Sie OP- Narben, die in den letzten 12 Monaten entstanden? ja nein
wenn ja, wo sind diese Narben: _____

7. Sind Sie schwanger? ja nein
wenn ja, in welcher Woche: _____

8. Bringt Ihre berufliche Situation eine einseitige oder auch fehlerhafte Belastung Ihrer Körpers mit sich? ja nein
wenn ja, wie entsteht diese einseitige/fehlerhafte Belastung?
Ihre Antwort: _____

9. Erfahren Sie in Ihrer momentanen Lebensgesamtsituation Stress

| | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | ja | nein |
| | im Beruf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | in Ihrer Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | in Ihrer Partnerschaft/Ehe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | in der Erziehung Ihrer Kinder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | in Ihrem eigen Selbstbefinden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | in Ihrem Platz in unserer Gesellschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Sind Ihnen folgende Entspannungstechniken bekannt:

| | ja | nein |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Progressive Muskelentspannung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autosuggestionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visualisierungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Affirmationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meditation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Treiben Sie regelmäßig Sport?

| ja | nein |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, was genau: _____

Dieser Anamnesebogen ist Teil der Yoga Privatstunde/Yogatherapie und dient dabei der Erfassung der gesundheitlichen Verfassung des/der TeilnehmerIn. Mit Hilfe dieses Bogens können Haftungsausschlüsse dokumentiert werden.

Zudem dienen die Angaben auf diesem Bogen der inhaltlichen Gestaltung der Yoga Privatstunde/Yogatherapie mit dem Ziel dem/der TeilnehmerIn Yoga nach seinen/ihren Bedürfnissen, Voraussetzungen und Fähigkeiten anzubieten.

Im Laufe der Yoga Privatstunde/Yogatherapie hat die/der TeilnehmerIn immer wieder die Möglichkeit eigene Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen zu äußern (besonders Dinge die ihr/ihm nicht gefallen).

Ort, Datum

Ihre Unterschrift

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art.13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Yogazentrum Buxtehude, in Person von Sven Schneider, nimmt den Schutz der Daten der Kunden ernst. Grundsätzlich gilt, dass der Schutz Ihrer individuellen Privat- und Persönlichkeitssphäre für uns von höchster Bedeutung ist. Deshalb ist das Einhalten der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz für uns selbstverständlich.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Sven Schneider
Westende 4
21614 Buxtehude
Telefon: 0177 420-8730
E-Mail: mail@yogazentrum-buxtehude.de

Landesbeauftragte für Datenschutz Nds.

Frau Barbara Thiel
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon: 0511 120-4500
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Die im Vertrag/Auftrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Email und ggf. Bankdaten, werden von uns erfasst und elektronisch verarbeitet. Sie dienen allein zum Zweck der Durchführung der vertraglichen vereinbarten Leistung. Eine Übermittlung von personenbezogenen Daten erfolgt nur an berechnigte Dritte und nur in dem für die Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistung erforderlichen Umfang. Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Verarbeitung zusätzlicher Informationen ist Ihre ausdrückliche Zustimmung nötig. Sobald die Daten für die vorgenannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind, werden sie gelöscht. Wir speichern jedoch ein Minimum an personenbezogenen Daten, um gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen. Eine darüberhinausgehende Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung (freiwillig).

Datenschutzrechte des Kunden

Sie können von uns jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten (Art. 15 DSGVO), deren Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) oder Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) verlangen sowie Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) geltend machen. Zudem können Sie Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen (Art. 21 DSGVO). Bitte beachten Sie dabei, dass Datenverarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, hiervon nicht betroffen sind (Art.7 Abs.3 DSGVO). Sie können Ihre Rechte ausüben, indem Sie einen Brief oder eine E-Mail an Yogazentrum Buxtehude, in Person von Sven Schneider, schreiben. Des Weiteren steht Ihnen gem. Art. 77 DSGVO das Recht zu, sich bei der oben genannten Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Yogazentrum Buxtehude, in Person von Sven Schneider, meine personenbezogenen und andere notwendige Daten zum Zweck der Auftragsbearbeitung und Rechnungstellung bis auf Widerruf verwendet.

Ich willige ein, dass mich das Yogazentrum Buxtehude, in Person von Sven Schneider, per E-Mail oder Telefon zum Zwecke der Qualitätskontrolle kontaktiert und mir Informationen zu weiteren Angeboten sendet. Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit widerrufbar ist. Meine im oberen Abschnitt dargestellten Datenschutzrechte habe ich zur Kenntnis genommen.

<Ort>, <Datum>

<Unterschrift des Kunden>